

Inklusion durch Rehabilitation im Sozialraum

Einführung von Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

Zum Begriff Inklusion

Inklusion heißt wörtlich übersetzt Zugehörigkeit, also das Gegenteil von Ausgrenzung. Wenn jeder Mensch – mit oder ohne Behinderung – überall dabei sein kann, in der Schule, am Arbeitsplatz, im Wohnviertel, in der Freizeit, dann ist das gelungene Inklusion.

Der Begriff Inklusion wurde von Talcott Parsons in die soziologische Theorie eingeführt und von Niklas Luhmann weiter entwickelt. Inklusion meint bei Parsons innerhalb der evolutionären Gesellschaftsentwicklung die Einbeziehung bislang ausgeschlossener Akteure in Subsysteme.

Soziologen und – im Anschluss an sie dann auch – Sozialarbeitswissenschaftler entwickelten normative Konzepte der sozialen Inklusion, die sich in der Begriffsverwendung stark von der bei Parsons und Luhmann unterscheiden und eine vollständige gesellschaftliche Teilhabe meinen.

Das deutsche Sozialrecht gewährt behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen Leistungen zur Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie zur Vermeidung von Benachteiligungen (§ 1 SGB IX), die u. a. die Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX)

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

umfassen.

Zum Begriff Sozialraum

Sozialraum bezeichnet

- eine in Bildungsgeographie, Sozialgeographie und Stadtsoziologie betrachtete Struktur,
- im Arbeitsrecht einen Aufenthaltsraum, der Beschäftigten innerhalb ihres Arbeitsplatzes während ihrer Pausenzeiten zusteht
- in der Sozialpädagogik und Sozialarbeit die örtliche, regionale und institutionelle Struktur eines Ortes, an dem Subjekte (also Personen) agieren und interagieren.

Artikel 26 der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) erwartet von den Vertragsstaaten, die der Konvention beigetreten sind, die Organisation, Stärkung und Erweiterung umfassender Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste. Diese haben als „wirksame und geeignete“ Maßnahmen den Zweck, Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren.

Die Rehabilitationsdienste und -programme sollen die Einbeziehung in die Gemeinschaft und in die Gesellschaft in allen ihren Aspekten und die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sein und den Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten.

Artikel 19 BRK spricht vom Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig sind.

Beide Bestimmungen der BRK sprechen mithin von der gemeindenahen Verfügbarkeit der Dienste und Einrichtungen bzw. der gemeindenahen Unterstützung oder Unterstützung zu Hause durch Dienste. Die BRK enthält den Begriff Sozialraum weder expressis verbis, noch kann die Verpflichtung der BRK zur gemeindenahen Verfügbarkeit gleichgesetzt werden mit den oben genannten wissenschaftlichen Begriffsdefinitionen von Sozialräumlichkeit oder gar eine Gleichsetzung des Sozialraumes mit kommunalen Gebietsstrukturen rechtfertigen.

Kein Zweifel kann allerdings daran bestehen, dass die in Art. 26 BRK verankerte Organisationsverpflichtung impliziert, dass die zur Förderung der Teilhabe erforderlichen Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme und die in diesen definierten Leistungen und Hilfen in der jeweiligen Lebenssituation eines behinderten Menschen in seinem unmittelbaren Lebensraum zur Verfügung stehen müssen.

Regionale Organisationsverpflichtung des SGB IX

Nach § 19 Abs. 1 SGB IX haben die Rehabilitationsträger gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hinzuwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dabei haben sie darauf zu achten, dass für eine ausreichende Zahl solcher Rehabilitationsdienste und -einrichtungen keine Zugangs- und Kommunikationsbarrieren bestehen. Die Verbände und Selbsthilfeorganisationen behinderter Menschen und die Verbände der Leistungserbringer sind an der Durchführung dieses Sicherstellungsanspruchs zu beteiligen.

§ 19 SGB IX steht in unmittelbarem Zusammenhang mit § 12 Abs. 1 SGB IX, wonach die Rehabilitationsträger dafür verantwortlich sind, dass die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden und – mit Blick auf § 19 SGB IX – regional zur Verfügung stehen.

Zur gemeinsamen Wahrnehmung dieser (und anderer) Aufgaben sollen die Rehabilitationsträger und ihre Verbände regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. Diese wurden jedoch bundesweit bisher nicht errichtet. Die regionalen Arbeitsgemeinschaften sind insbesondere deswegen unverzichtbar, weil nur auf dieser regionalen Plattform die Träger der Sozialhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe eingebunden werden können. Der Bundesgesetzgeber konnte die verpflichtende Einbeziehung dieser Träger in die Arbeitsgemeinschaften wegen

seiner föderal beschränkten Gesetzgebungskompetenz nicht unmittelbar im SGB IX regeln.

Defizite der rehabilitativen Versorgung

Probleme der rehabilitativen Versorgung bestehen u. a.

- für Menschen mit Behinderungen, deren Teilhabebeeinträchtigungen durch bestimmte Erkrankungen verursacht sind (z. B. Schädel-Hirnverletzungen, Schlaganfall, psychische Erkrankungen, Vermeidung von Pflegebedürftigkeit)
- durch fehlende ambulante oder mobile Rehabilitationsangebote
- durch die mangelnde Nahtlosigkeit der Rehabilitationsleistungen
- durch die nicht vorhandene oder nicht ausreichende Orientierung der Teilhabeleistungen auf Teilhabeziele zur Herstellung oder Wiederherstellung von Teilhabe
- durch mangelnde Koordination der Teilhabeleistungen und mangelnde Vernetzung mit nicht rehabilitativen Leistungen und Hilfen
- durch nicht vorhandene oder unzureichende Beratung und Begleitung der Berechtigten und nicht zuletzt auch durch
- nicht ausreichende Gemeindenähe der Teilhabeleistungen

Erfahrungen aus der Praxis

Die Referenten der Impulsreferate waren und sind gemeinsam mit dem Leiter des Workshops an der Entwicklung verschiedener trägerübergreifender Teilhabeleistungen der ambulanten psychiatrischen Rehabilitation, der Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen, aber auch der Frühförderung beteiligt.

Sie stellen nunmehr aus der Sicht ihrer jeweiligen Stellung im System – Rehabilitationsträger, verantwortlicher Arzt eines Leistungserbringers oder leitender Arzt des beratenden Dienstes eines Rehabilitationsträgers – ihre Erfahrungen und die zu überwindenden Probleme bei der Organisation gemeindenaher Angebote von Teilhabeleistungen dar.